

Descripción y análisis de la valoración de enfermería basada en el modelo de Virginia Henderson

Cristina Vitales Chaparro
Elena Lobo Escolar (dir.). Departamento de Medicina, Preventiva y
Salud Pública, Universidad de Zaragoza.

Máster Universitario de Salud Pública
Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina. 2014-2015

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	5
Objetivos	8
Metodología	
1. Diseño del estudio	9
2. Muestra	9
3. Procedimiento	10
4. Instrumentos	10
5. Variables	12
6. Análisis de los datos	13
7. Consideraciones ética.....	14
Resultados	15
Discusión	28
Conclusiones	33
Bibliografía	34
Anexos	41

RESUMEN

La valoración es la primera etapa del Proceso Enfermero y un instrumento imprescindible que avala la calidad, continuidad y evaluación de los cuidados, permite una mayor optimización de la asistencia, mejora la comunicación interdisciplinar, proporciona una homogeneidad en la práctica profesional, y una cobertura legal de la misma. Debido a la dificultad de llevar a la práctica los metaparadigmas teóricos de enfermería y por la necesidad de una identificación adecuada del estado biopsicosocial del paciente para prevenir la aparición de complicaciones sin relación con la enfermedad base; dicho estudio pretende realizar una descripción y análisis de la valoración enfermera al ingreso del paciente según el modelo de 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, así como una descripción y comparación con los datos obtenidos a través del instrumento psicosocial HADS los días anteriores al alta, debido a que estudios previos documentan una mayor dificultad en éste área. Para ello se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo. El instrumento de valoración se aplicó en 284 pacientes obteniendo en todas las necesidades básicas pacientes dependientes, donde más de un tercio de los mismos son identificados como tales en 6 de las 14 necesidades, y en los subapartados de consumo de medicación y necesidad de información se superó el 90%. El registro de la misma tiene una cumplimentación del 76,4%, acentuándose la falta de la misma en las necesidades psicosociales y subapartados de las necesidades básicas. El instrumento HADS da una alta tasa de sintomatología con un 15,7%, y en la asociación entre ambos instrumentos se mostró sintomatología de ansiedad y depresión en pacientes clasificados como dependientes en las necesidades físicas de higiene y movimiento, mientras que por el contrario se detectó sintomatología en pacientes identificados como independientes en aquellas necesidades psicológicas y la necesidad de sueño y descanso, con asociación estadísticamente significativa. Se concluye que el uso de una hoja de registro basada en la teoría de V. Henderson permite una buena identificación de la dependencia y sintomatología de ansiedad y depresión en las necesidades físicas, por el contrario, se observa la falta de registro y mala identificación de la dependencia en las necesidades psicosociales. Por ello, se cree importante la profundización en la búsqueda de un registro integral que identifique correctamente las áreas biopsicosociales.

Palabras clave: Modelo Virginia Henderson, valoración enfermería, metaparadigma enfermero, Proceso Enfermero, cuidado integral.

INTRODUCCIÓN

El Proceso Enfermero (PE) se trata de un método científico aplicado en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados demandados por la persona, la familia y la comunidad de forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. La valoración es la primera etapa de dicho proceso que debe recoger y organizar la información acerca del estado de salud de la persona, familia y comunidad para determinar los riesgos de deterioro funcional y aparición de complicaciones, y así poder planificar cuidados específicos para la población hospitalizada que minimicen y prevengan los principales problemas que puedan presentarse ¹⁻⁵.

El registro de valoración enfermera es un instrumento imprescindible que avala la calidad, continuidad y evaluación de los cuidados, permite una mayor optimización de la asistencia, y mejora la comunicación interdisciplinar; así como proporciona una homogeneidad en la práctica profesional, y una cobertura legal de la misma. Aunque el abordaje de la valoración es personalizado, es necesario aplicar criterios de valoración concretos y validados que permitan la comparación de los datos registrados y su utilización en las tareas de investigación. Por este motivo se trabaja con registros adaptados según los modelos conceptuales enfermeros, entre los que encontramos formatos (descriptivos, abiertos, semiestructurados, etc), estructurados según las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, los 11 Patrones Funcionales de Salud (PFS) de Marjory Gordon, o los 13 Dominios de la NANDA de los Patrones Funcionales de Salud de Gordon.

El modelo de Virginia Henderson es uno de los más conocidos y utilizados en la práctica, en el cual se explican los conceptos con una terminología de fácil comprensión, incluye como parte de la actuación enfermera el papel de colaboración con otros profesional de la salud, propone el proceso enfermero como metodología adecuada para llevarlo a la práctica, y permite utilizar la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para formular los problemas identificados. La recogida de datos se realiza a través de 14 necesidades partiendo del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas iguales para todos los individuos que deben satisfacer y son normalmente cubiertas por cada persona cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Este modelo permite valorar los determinantes que influyen en las necesidades biológicas como la respiración, nutrición, eliminación, movilidad, descanso, aspecto físico, mantenimiento de la temperatura corporal e higiene; y a su vez, identifica las siguientes necesidades sobre el procesamiento de la información (atención, orientación, cognición, comunicación), el concepto que tiene la persona sobre si misma explorando su estado de ánimo, su autoestima y los problemas que pueden presentarse en relación a cambios en la imagen corporal, el modo de afrontamiento de la enfermedad crónica, cirugía o ciertos tratamientos, la valoración de las creencias, las situaciones o circunstancias que pueden ser causa de la pérdida de seguridad física, lesión o trastorno de la protección del sistema inmunitario, y las causas que impiden con más frecuencia la sensación de bienestar físico. Este enfoque proporciona datos suficientes para establecer el grado de autonomía de la persona y la dificultad u obstáculo para que logre su independencia, especificando si se trata de falta de fuerza, de voluntad o de conocimiento⁶⁻¹⁰.

En nuestro Sistema Aragonés de Salud la hoja de valoración enfermera es un registro basado en dicho modelo de 14 Necesidades de Virginia Henderson que consta de un primer registro de datos generales sobre el paciente acerca del diagnóstico, alergias, causa de ingreso, antecedentes clínicos, si necesita aislamiento y si es portador de sueros o sonda vesical; y una segunda parte en la que se realiza un cuestionario, a través de una entrevista abierta con el paciente y familia, de forma estructurada según las 14 necesidades básicas con una serie de subapartados y las escalas de Norton modificada y EVA, que ayudan a la identificación de la dependencia o no del paciente.

La bibliografía nacional e internacional¹¹⁻¹⁶ recoge las dificultades de enfermería para llevar a la práctica dichos modelos por ser considerados como metaparadigmas teóricos con la ausencia de un consenso a la hora de su aplicación, donde existen diferentes formatos según la comunidad y el servicio; por ello se considera de utilidad, en colaboración en la investigación sobre la práctica enfermera para la sistematización y estandarización de los cuidados de enfermería, el análisis de dicho registro utilizado en el medio hospitalario para valorar su eficacia y correcta identificación del estado biopsicosocial del paciente, donde diversos estudios^{11,13,17,18} dejan ver una mayor dificultad de identificación de la comorbilidad psicológica y coexistencia de problemas sociales; esta importancia de una correcta

recogida de datos en la valoración, se debe a que en la actualidad, las evidencias científicas ¹⁷⁻²² así como la experiencia profesional demuestran que la hospitalización facilita la aparición de complicaciones, sin relación con la enfermedad base, con la consiguiente dependencia, pérdida total o parcial de la autonomía, alteraciones cognitivas, depresión y trastornos nutricionales, que conducen a una disminución en la calidad de vida, con aumento de la duración de las estancias hospitalarias, requerimiento de atención continuada, incremento de los costes, y un aumento de las tasas de mortalidad.

OBJETIVOS

1. Describir y analizar el registro de valoración de enfermería al ingreso, según el modelo de 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, en los pacientes del estudio.
2. Analizar la relación entre los datos obtenidos sobre la autonomía del paciente al ingreso a través del instrumento anteriormente citado y los datos recogidos con el cuestionario HADS los días anteriores al alta.

METODOLOGIA

1. Diseño del estudio

El estudio presentado forma parte de un estudio más amplio; el “Estudio multicéntrico coordinado con el método INTERMED de “pacientes complejos” en plantas médicas de hospitales españoles: frecuencia, descripción y gestión de cuidados y calidad asistencial”. Dicha investigación se llevó a cabo en tres hospitales españoles del sistema nacional de salud: el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza y el Hospital Doce de Octubre de Madrid; con el objetivo de documentar la frecuencia de “complejidad” en los servicios de Medicina Interna, y secundariamente, documentar las posibles diferencias interhospitales para sentar las bases para un estudio de intervención²³.

El estudio que aquí se presenta se refiere al trabajo de campo realizado en uno de los centros, el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, con un diseño observacional descriptivo.

2. Muestra

La muestra de este trabajo se ha obtenido de la muestra del estudio de base. Para dicho estudio, en el que se esperaba encontrar alrededor de un 25% de pacientes “complejos” en el servicio de medicina interna (del citado hospital); teniendo en cuenta el número de ingresos previos en el mismo servicio, asumiendo el 20% como el peor resultado esperable y para un nivel de confianza del 99%, se calculó que era necesario reclutar a 337 pacientes.

Los criterios de inclusiónn establecidos fueron pacientes mayores de 18 años, que acepten participar en el estudio y que firmen un consentimiento informado. A su vez, los criterios de exclusión fueron pacientes con estancias inferiores a 24 horas, imposibilidad de contestar por gravedad de la enfermedad (para no tener pérdidas por este motivo; computados aparte) o por dificultad con el idioma, pacientes procedentes de otros servicios, o negativa a participar en el estudio.

3. Procedimiento

Se administró al ingreso del paciente la valoración de enfermería rutinaria del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico basada en una primera recogida de datos generales y un segundo apartado donde se recogen las necesidades básicas del paciente siguiendo el modelo de 14 Necesidades de Virginia Henderson. Esta información del personal de enfermería del servicio, se obtuvo posteriormente para su explotación a partir del software GACELA (Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta). En los días cercanos al alta, una entrevistadora entrenada para ello administró el cuestionario de cribado de ansiedad y depresión, HADS, a todos los pacientes que dieron su consentimiento informado.

4. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para el análisis son:

4.1. Registro de la valoración enfermera según el modelo de 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson (Anexo 1): modelo biopsicosocial estadounidense creado por Virginia Henderson¹² que recoge las 14 necesidades básicas del ser humano:

- Necesidad VH 1: respiración.
- Necesidad VH 2: alimentación / hidratación.
- Necesidad VH 3: eliminación.
- Necesidad VH 4: moverse y mantener buena postura.
- Necesidad VH 5: sueño y descanso.
- Necesidad VH 6: vestirse y desvestirse.
- Necesidad VH 7: mantener la temperatura corporal.
- Necesidad VH 8: higiene y estado de la piel.
- Necesidad VH 9: seguridad.
- Necesidad VH 10: comunicación.
- Necesidad VH 11: creencias y valores.
- Necesidad VH 12: Realización personal/ autoestima.

- Necesidad VH 13: Actividades recreativas / ocio.
- Necesidad VH 14: aprendizaje.

En el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, en el servicio donde se reclutaron los pacientes, fue posible obtener la información a partir del programa informático GACELA. La codificación de las 14 necesidades según este software se hace en “dependiente” o “independiente”; salvo para las necesidades 2,3,4,6 y 8 en las que se distingue entre dependencia parcial o total. En este trabajo, se hace distinción, en ocasiones, entre necesidades físicas y psicosociales, como los manuales de Virginia Henderson, que describen en su mayoría las ocho primeras necesidades como físicas, y el resto desde una dimensión psicosocial²⁴⁻²⁶.

4.2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Anexo 2): cuestionario autoadministrado para la valoración de ansiedad y depresión, elaborado por Zigmod y Snaith. El cuestionario recoge 14 ítems integrados por dos subescalas de 7 ítems, donde los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la propia de su enfermedad física; y los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (perdida de placer). La puntuación para cada ítem va de 0 (nunca, ausencia de un síntoma) a 3 (casi todo el día, intensidad severa de un síntoma). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para ambas subescalas: 0-7 normal, 8-10 dudoso e igual o mayor a 11 problema clínico. Se recomienda la utilización de la puntuación global y no de las subescalas por separado, ya que no se ha podido documentar un buen poder discriminativo entre ansiedad y depresión. El marco de referencia temporal es la semana previa.

En este estudio se toma como punto de corte global para ansiedad-depresión la puntuación de 15 puntos entre ambas subescalas, por su consistencia interna y validez documentada²⁷; En nuestro país, Tomás²⁸ ha documentado

un buen valor predictivo positivo de la escala HADS en el medio hospitalario, y el criterio de intervención psicosocial hace referencia a que en estos pacientes, y con estos métodos, se ha documentado la coexistencia de problemas psicopatológicos clínicos relevantes, además de la comorbilidad psicológica²⁷⁻³³.

5. Variables

5.1. Variables sociodemográficas: se recogió información sociodemográfica en la entrevista directa con el paciente y/o familia al ingreso, contrastada con la obtenida en el CMBD (Base de Datos de la Gestión de Configuración):

- Edad: edad, variable cuantitativa.
- Sexo: sexo, variable cualitativa nominal dicotómica (varón, mujer).
- Estado civil: estado civil, variable cualitativa nominal polícotómica (soltero/separado/religioso, con pareja y viudo).
- Residencia: lugar donde vive, variable cualitativa nominal policotómica (vive solo, acompañado e institución)
- Alfabetismo: nivel de estudios, variable nominal dicotómica (alfabeto, analfabeto).

5.2. Parámetros de valoración enfermera: a partir de la información recogida en la hoja de valoración enfermera, basada en el modelo de 14 Necesidades de Virginia Henderson, y en los datos registrados en el programa GACELA, se crearon las siguientes variables:

- Necesidades de Virginia Henderson 1-14: variables cualitativas nominales dicotómicas con información sobre la situación de dependencia: “0” independiente y “1” dependiente. Para las necesidades en las que el software GACELA consideraba tres opciones de puntuación (“0” independiente, “1” dependiente parcial y “2” dependiente total) fueron transformadas las categorías de dependencia en una única como en el resto de necesidades.
- Subapartados de algunas de las necesidades fueron codificados de la siguiente manera: precisa medicación para dormir “0” no y “1” si,

estado de la piel “1” íntegra y “2” lesionada, presencia de úlceras por presión (UPP) “0” no y “1” sí, presencia de dolor “0” no y “1” sí, consumo de medicación habitualmente “0” no y “1” sí, déficit sensorial “0” no y “1” sí, y necesidad de información “0” no y “1” sí.

-Cumplimentación de registro de las necesidades: valoración cumplimentada, variable cualitativa nominal dicotómica (“0” no y “1” sí).

-Necesidades perdidas: variable cuantitativa discreta que calcula el sumatorio de los valores perdidos en las 14 necesidades y subapartados de las mismas.

5.3. Parámetros de valoración del cuestionario HADS: a partir de la información recogida en el cuestionario HADS, realizado los días previos al alta, se creó la siguiente variable para el estudio:

- HADS total con punto de corte 15: variable cualitativa nominal dicotómica (“0” no presentación síntomas y “1” presentación de síntomas).

6. Análisis de los datos a revisar

Para el análisis de datos se volcaron las variables a estudio en el programa estadístico SPSS 19.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de frecuencias, medias y desviaciones estándar de las variables sociodemográficas recogidas. Se utilizó un análisis descriptivo de frecuencias para la valoración de necesidades de enfermería, a partir de las 14 variables codificadas de forma operativa, y de las variables psicosociales del instrumento administrado. Aplicando el test chi-cuadrado para las variables categóricas, se analizó la posible asociación entre las variables sociodemográficas, las variables recogidas en el registro de admisión y las del cuestionarios HADS administrado los días previos al alta; a su vez se aplicó el estadístico no paramétrico U Mann-Whitney para el estudio entre la edad y el registro al ingreso y el cuestionario al alta.

7. Consideraciones éticas

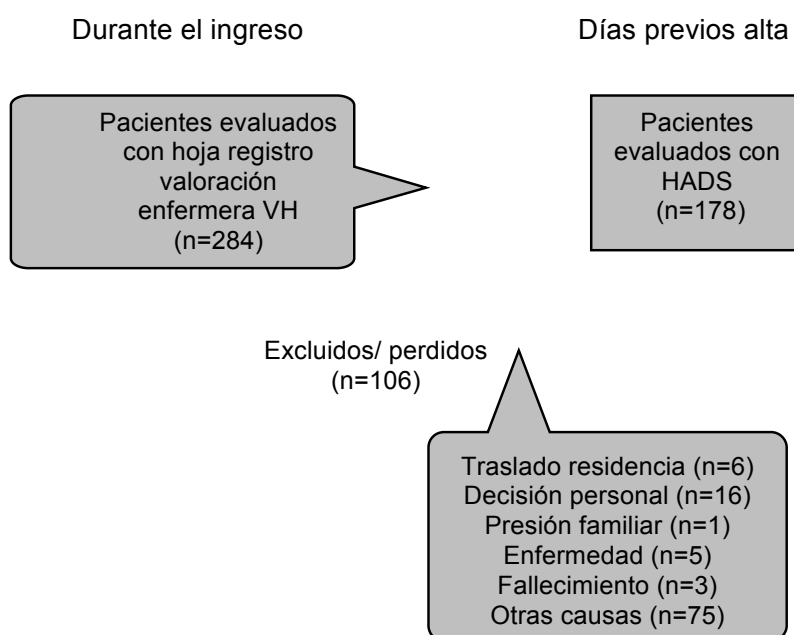
Se solicitó un consentimiento informado escrito a todos los pacientes que aceptaron la participación en el estudio. Este consentimiento se acoge a la Declaración de Madrid (1996). El estudio fue revisado por el Comité Ético de Investigación de Aragón (IACS). De acuerdo al artículo 5 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, se ha garantizado la protección de la intimidad personal y el tratamiento confidencial de los datos personales, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/199, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

RESULTADOS

El total de pacientes incluidos sobre los que se obtuvo información a partir del programa GACELA fueron 284 pacientes.

Respecto al cuestionario HADS, se obtuvo información en el 63% de los incluidos al inicio. Las razones de no inclusión o pérdida de sujetos se resumen en la figura 1.

Figura 1. Diseño del estudio



Las características sociodemográficas de los 284 pacientes que participaron en la recogida de información durante el ingreso figuran en la tabla 1. La mayoría eran de edad avanzada donde el 83,8% presentaron una edad superior a los 65 años, varones (52,5%), tienen pareja (54,6%), vivían acompañados (71,5%), y el nivel de estudios mostraba un 91,9% de alfabetos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de pacientes ingresados.

	N	% (n)/ media (DS)
Edad media (años)*	284	74 (13,68)
Sexo		
Varón	284	52,5 (149)
Estado civil		
Solteros/separados/religiosos	284	13,4 (38)
Con pareja	284	54,6 (155)
Viudos	284	32 (91)
Residencia		
Vive solo	284	17,3 (49)
Acompañado	284	71,5 (203)
Institución	284	6,7 (19)
No se especifica	284	4,6 (13)
Alfabetismo		
Si	284	91,9 (261)

En el análisis de registro de la hoja de valoración enfermera el 76,4% están debidamente cumplimentadas mientras que el 20,4% no. En la tabla 2 se muestran los resultados de la cumplimentación del instrumento para cada necesidad, con altas tasas de perdidos en las últimas necesidades psicosociales y en los subapartados de la necesidades básicas como precisa medicación, evaluación del estado de la piel y úlceras por presión (UPP), dolor, escala Norton, déficit sensorial y necesidad de información; donde en algunos de los casos llega a superar el 50% .

Tabla 2. Descripción de la frecuencia de valores perdidos en el registro de valoración de V. Henderson.

Valoración al ingreso 14 Necesidades Virginia Henderson	N	Valores perdidos % (n)
Nec 1. Respiración	284	3,5 (10)
Nec 2. Alimentación	284	3,2 (9)
Nec 3. Eliminación	284	3,2 (9)
Nec 4. Moverse y mantener buena postura	284	3,9 (11)
Nec 5. Sueño y descanso	284	3,5 (10)
Precisa medicación para dormir	284	53,2 (151)
Nec 6. Vestirse y desvestirse	284	5,3 (15)
Nec 7. Mantener la temperatura corporal	284	3,9 (11)
Nec 8. Higiene y estado de la piel	284	3,9 (11)
Estado de la piel	284	29,2 (83)
Úlceras por presión (UPP)	284	34,2 (97)
Nec 9. Seguridad	284	4,2 (12)
Dolor	284	31,7 (90)
Medicación habitual	284	48,2 (137)
Nec 10. Comunicación	284	3,5 (10)
Déficit sensorial	284	70,8 (201)
Nec 11. Creencias y valores	284	12 (34)
Nec 12. Realización personal/ autoestima	284	9,9 (28)
Nec 13. Actividades recreativas/ ocio	284	9,5 (27)
Nec 14. Aprendizaje	284	10,2 (29)
Necesita información	284	51,1 (145)

Respecto al grado de autonomía que presentan los pacientes del estudio se aprecia, en todas las necesidades, la existencia de pacientes dependientes; siendo las tasas más altas en las necesidades físicas 1, 4, 6 y 8, y en la necesidad psicosocial 14. En los subapartados en los que se registra si el paciente consume habitualmente

medicación, presenta un déficit sensorial o necesita información, las tasas superan el 50%; e incluso, en dos casos, el 90% (tabla 3).

Tabla 3. Descripción del grado de autonomía en las 14 Necesidades V. Henderson.

Valoración al ingreso 14 Necesidades Virginia Henderson	N	Dependiente/ Si /lesionada % (n)
Nec 1. Respiración	274	48,5 (133)
Nec 2. Alimentación	275	24,4 (67)
Nec 3. Eliminación	275	32,4 (89)
Nec 4. Moverse y mantener buena postura	273	41 (112)
Nec 5.Sueño y descanso	274	25,5 (70)
Precisa medicación para dormir	133	43,6 (58)
Nec 6. Vestirse y desvestirse	269	36,8 (99)
Nec 7. Mantener la temperatura corporal	273	17,2 (47)
Nec 8. Higiene y estado de la piel	273	48,7 (133)
Estado de la piel	201	10,9 (22)
Úlceras por presión (UPP)	187	3,7 (7)
Nec 9. Seguridad	272	23,2 (63)
Dolor	194	27,8 (54)
Medicación habitual	147	93,2 (137)
Nec 10. Comunicación	274	9,9 (27)
Déficit sensorial	83	55,4 (46)
Nec 11. Creencias y valores	250	2,4 (6)
Nec 12. Realización personal/ autoestima	256	7,8 (20)
Nec 13. Actividades recreativas/ ocio	257	13,2 (34)
Nec 14. Aprendizaje	255	36,1 (92)
Necesita información	139	92,8 (129)

En referencia al cuestionario HADS administrado los días cercanos al alta hospitalaria, tomando el punto de corte estipulado en 15, nos queda en la muestra

un 15,7% de los pacientes que presentan ansiedad y depresión mientras que el 84,3% no presentan síntomas.

Al estudiar la posible asociación entre la valoración enfermera al ingreso y las características sociodemográficas de la muestra se observa que la edad presenta una diferencia estadísticamente significativa, entre los pacientes que presentan dependencia y los que no, en 12 de las 14 necesidades básicas, existiendo asociación entre tener una edad avanzada y ser dependiente. La necesidad sobre creencias y valores, estableció la misma asociación sin validez estadística mientras que la necesidad de mantenimiento de la temperatura corporal presentó lo contrario dando una asociación no estadísticamente significativa entre ser mayor y ser independiente. La dependencia se asoció de forma estadísticamente significativa con el sexo femenino en las necesidades de eliminación, y sueño y descanso; por lo que el porcentaje de mujeres dependientes en dichas necesidades es mayor que en los varones. Respecto al estado civil, la frecuencia de viudedad es superior en los pacientes dependientes en las necesidades de alimentación/ hidratación, y eliminación. A su vez, el hecho de vivir acompañado se vio asociado a una mayor frecuencia de casos de dependencia en la mayoría de necesidades a excepción de: respiración, mantenimiento de la temperatura corporal, higiene y estado de la piel, y aprendizaje (tablas 4-10).

Al comparar los datos sobre el grado de autonomía de las necesidades con los datos obtenidos en el cuestionario HADS, se observó en las necesidades 1, 4 y 8 un mayor número de pacientes identificados como dependientes con presentación de síntomas de ansiedad y depresión, encontrando asociación estadísticamente significativa en dos de las tres necesidades. En el resto de necesidades físicas y las necesidades psicosociales ocurre el caso contrario, encontrando un mayor número de pacientes identificados como independientes que presentan síntomas de ansiedad y depresión, aunque solo se observó asociación estadísticamente significativa en la necesidad 5 sobre sueño y descanso (tablas 4-10).

Tabla 4. Comparación de los resultados obtenidos en el cuestionario HADS y las características sociodemográficas entre independientes y dependientes en las necesidades 1 y 2 (VH).

	Nec 1. Respiración				Nec 2. Alimentación e hidratación			
	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p *	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p *
Edad Mediana (p25, p75)	274	74,45 (17, 94)	79,87 (36, 98)	0,001	275	75,62 (17, 94)	82,93 (25, 98)	0,016
Sexo femenino	274	24,8% (68)	23% (63)	0,983	275	33,8% (93)	14,2% (39)	0,075
Estado civil	274			0,124	275			0,001
soltero/separado/religioso		8% (22)	5,8% (16)			11,3% (31)	2,5% (7)	
con pareja		29,9% (82)	24,5% (67)			45,1% (124)	9,5% (26)	
viudo		13,5% (37)	18,2% (50)			19,3% (53)	12,4% (34)	
Con quien vive	274			0,073	275			0,001
vive solo		9,5% (26)	8% (22)			14,2% (39)	3,3% (9)	
acompañado		37,6% (103)	33,6% (92)			55,6% (153)	15,6% (43)	
institución		1,5% (4)	5,1% (14)			2,2% (6)	4,4% (12)	
no se especifica		2,9% (8)	1,8% (5)			3,6% (10)	1,1% (3)	
HADS (puntuación >=15)	175	6,3% (11)	9,1% (16)	0,287	175	9,7% (17)	5,7% (10)	0,080
p * chi cuadrado excepto en la variable edad se utiliza U Mann-Whitney								

Tabla 5. Comparación de los resultados obtenidos en el cuestionario HADS y las características sociodemográficas entre independientes y dependientes en las necesidades 3 y 4 (VH).

Nec 3. Eliminación					Nec 4. Moverse y mantener buena postura				
	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p *	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p *	
Edad Mediana (p25, p75)	275	75,36 (17, 94)	81,88 (25, 98)	0,001	273	74,13 (17, 92)	81,70 (36, 98)	0,001	
Sexo femenino	275	28% (77)	19,6% (54)	0,004	273	26% (71)	21,6% (59)	0,203	
Estado civil	275			0,001	273			0,001	
soltero/separado/religioso		10,9% (30)	2,9% (8)			9,5% (26)	4,4% (12)		
con pareja		41,8% (115)	12,7% (35)			35,9% (98)	18,7% (51)		
viudo		14,9% (41)	16,7% (46)			13,6% (37)	17,9% (49)		
Con quien vive	275			0,001	273			0,009	
vive solo		11,3% (31)	6,2% (17)			11,4% (31)	5,9% (16)		
acompañado		50,9% (140)	20,4% (56)			43,6% (119)	27,8% (76)		
institución		1,5% (4)	5,1% (14)			1,5% (4)	5,1% (14)		
no se especifica		4% (11)	0,7% (2)			2,6% (7)	2,2% (6)		
HADS (puntuación >=15)	174	9,8% (17)	5,7% (10)	0,377	172	5,8% (10)	9,9% (17)	0,013	

p * chi cuadrado excepto en la variable edad se utiliza U Mann-Whitney

Tabla 6. Comparación de los resultados obtenidos en el cuestionario HADS y las características sociodemográficas entre independientes y dependientes en las necesidades 5 y 6 (VH).

	Nec 5. Sueño y descanso				Nec 6. Vestirse y desvestirse			
	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p*	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p*
Edad Mediana (p25, p75)	274	76,47 (17, 93)	80,49 (41, 98)	0,001	269	74,36 (17, 92)	81,93 (36, 98)	0,001
Sexo femenino	274	31% (85)	16,4% (45)	0,002	269	28,6% (77)	18,6% (50)	0,485
Estado civil	274			0,384	269			0,002
soltero/separado/religioso		11,3% (31)	2,6% (7)			9,7% (26)	3,7% (10)	
con pareja		40,9% (112)	13,5% (37)			38,3% (103)	16,7% (45)	
viudo		22,3% (61)	9,5% (26)			15,2% (41)	16,4% (44)	
Con quien vive	274			0,001	269			0,013
vive solo		14,6% (40)	2,9% (8)			11,9% (32)	5,9% (16)	
acompañado		54% (148)	17,2% (47)			46,8% (126)	24,5% (66)	
institución		2,2% (6)	4,4% (12)			1,5% (4)	4,5% (12)	
no se especifica		3,6% (10)	1,1% (3)			3% (8)	1,9% (5)	
HADS (puntuación >=15)	174	8% (14)	7,5% (13)	0,008	171	8,2% (14)	7,6% (13)	0,061
p* chi cuadrado excepto en la variable edad se utiliza U Mann-Whitney								

Tabla 7. Comparación de los resultados obtenidos en el cuestionario HADS y las características sociodemográficas entre independientes y dependientes en las necesidades 7 y 8 (VH).

	Nec 7. Mantener la temperatura corporal				Nec 8. Higiene y estado de la piel			
	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p*	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p*
Edad Mediana (p25, p75)	273	77,63 (23, 98)	76,67 (17, 97)	0,682	273	73,34 (17, 89)	80,96 (36, 98)	0,001
Sexo femenino	273	41,8% (114)	6,2% (17)	0,105	273	24,2% (66)	24,2% (66)	0,773
Estado civil	273			0,345	273			0,005
soltero/separado/religioso		11,7% (32)	2,2% (6)			8,1% (22)	5,9% (16)	
con pareja		43,6% (119)	11% (30)			31,5% (86)	22,7% (62)	
viudo		27,5% (75)	4% (11)			11,7% (32)	20,1% (55)	
Con quien vive	273			0,078	273			0,069
vive solo		16,1% (44)	1,5% (4)			8,8% (24)	8,8% (24)	
acompañado		58,2% (159)	13,2% (36)			38,1% (104)	33% (90)	
institución		4,4% (12)	2,2% (6)			1,5% (4)	5,1% (14)	
no se especifica		4% (11)	0,4% (1)			2,9% (8)	1,8% (5)	
HADS (puntuación >=15)	175	14,3% (25)	1,1% (2)	0,237	174	5,2% (9)	10,3% (18)	0,023

p* chi cuadrado excepto en la variable edad se utiliza U Mann-Whitney

p* chi cuadrado excepto en la variable edad se utiliza U Mann-Whitney

Tabla 8. Comparación de los resultados obtenidos en el cuestionario HADS y las características sociodemográficas entre independientes y dependientes en las necesidades 9 y 10 (VH).

Nec 9. Seguridad					Nec 10. Comunicación				
	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p *	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p *	
Edad Mediana (p25, p75)	272	76,51 (17, 98)	80,92 (25, 97)	0,001	274	77,03 (17, 94)	82,09 (64, 98)	0,001	
Sexo femenino	272	36,4% (99)	11,4% (31)	0,911	274	42,7% (117)	5,5% (15)	0,545	
Estado civil	272			0,077	274			0,328	
soltero/separado/religioso		11,8% (32)	2,2% (6)			12,4% (34)	1,1% (3)		
con pareja		43,4% (118)	11% (30)			50,4% (138)	4,4% (12)		
viudo		21,7% (59)	9,9% (27)			27,4% (75)	4,4% (12)		
Con quien vive	272			0,026	274			0,004	
vive solo		15,1% (41)	2,6% (7)			16,1% (44)	1,1% (3)		
acompañado		54,8% (149)	16,2% (44)			65% (178)	6,6% (18)		
institución		3,3% (9)	3,3% (9)			4,4% (12)	2,2% (6)		
no se especifica		3,7% (10)	1,1% (3)			4,7% (13)	0% (0)		
HADS (puntuación >=15)	174	12,1% (21)	3,4% (6)	0,933	174	13,8% (24)	1,7% (3)	0,801	

p * chi cuadrado excepto en la variable edad se utiliza U Mann-Whitney

p* chi cuadrado excepto en la variable edad se utiliza U Mann-Whitney

Tabla 9. Comparación de los resultados obtenidos en el cuestionario HADS y las características sociodemográficas entre independientes y dependientes en las necesidades 11 y 12 (VH).

	Nec 11. Creencias y valores				Nec 12. Realización personal / autoestima			
	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p*	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p*
Edad Mediana (p25, p75)	250	77,31 (17, 98)	80,09 (25, 84)	0,677	256	76,85 (17, 96)	83,05 (75, 98)	0,001
Sexo femenino	250	46,4% (116)	2% (5)	0,187	256	44,5% (114)	4,7% (12)	0,440
Estado civil	250			0,332	256			0,250
soltero/separado/religioso		13,2% (33)	0,8% (2)			13,7% (35)	0,4% (1)	
con pareja		54,8% (137)	0,8% (2)			51,2% (131)	3,9% (10)	
viudo		29,6% (74)	0,8% (2)			27,3% (70)	3,5% (9)	
Con quien vive	250			0,001	256			0,001
vive solo		17,6% (44)	0% (0)			17,2% (44)	0,4% (1)	
acompañado		71,2% (178)	1,2% (3)			66,8 % (171)	5,1% (13)	
institución		4% (10)	1,2% (3)			3,5% (9)	2,3% (6)	
no se especifica		4,8% (12)	0% (0)			4,7% (12)	0% (0)	
HADS (puntuación >=15)	163	13,5% (22)	1,2% (2)	0,469	164	14% (23)	1,2% (2)	1,000
p* chi cuadrado excepto en la variable edad se utiliza U Mann-Whitney								

Tabla 10. Comparación de los resultados obtenidos en el cuestionario HADS y las características sociodemográficas entre independientes y dependientes en las necesidades 13 y 14 (VH).

	Nec 13. Actividades recreativas / ocio				Nec 14. Aprendizaje			
	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p*	N	Independiente % (n)	Dependiente % (n)	p*
Edad Mediana (p25, p75)	257	76,45 (17, 96)	84,35 (69, 98)	0,001	255	76,63 (17, 96)	79,17 (23, 98)	0,001
Sexo femenino	257	41,6% (107)	7,4% (19)	0,500	255	29,8% (76)	19,6% (50)	0,292
Estado civil	257			0,027	255			0,332
soltero/separado/religioso		14,4% (37)	0,4% (1)			9,8% (25)	4,7% (12)	
con pareja		47,9% (123)	6,6% (17)			36,9% (94)	18,4% (47)	
viudo		24,5% (63)	6,2% (16)			17,3% (44)	12,9% (33)	
Con quien vive	257			0,001	255			0,371
vive solo		17,1% (44)	0,8%(2)			11,4% (29)	6,7% (17)	
acompañado		61,9% (159)	9,3% (24)			46,7% (119)	24,3% (62)	
institución		2,7% (7)	3,1% (8)			2,7% (7)	3,5% (9)	
no se especifica		5,1% (13)	0% (0)			3,1% (8)	1,6% (4)	
HADS (puntuación >=15)	169	12,4% (21)	2,4% (4)	0,402	166	9,6% (16)	5,4% (9)	0,700

p* chi cuadrado excepto en la variable edad se utiliza U Mann-Whitney

p* chi cuadrado excepto en la variable edad se utiliza U Mann-Whitney

Como se observa en la tabla 11 en el estudio de la asociación entre las variables sociodemográficas y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión se obtuvo que la edad es estadísticamente diferente entre los pacientes que presentan síntomas de ansiedad y depresión frente a los que no, encontrando que la edad avanzada se asoció a una mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. También se encontró asociación estadísticamente significativa entre estar viudo y poseer síntomas de ansiedad y depresión frente al resto, mientras que en relación al sexo y con quien vive el paciente, presentan un mayor número de casos de ansiedad y depresión las mujeres frente a los varones, y los pacientes que viven acompañados frente a las otras opciones, aunque no se encontró asociación estadística que lo defendiese (tabla 11).

Tabla 11. Comparación de las características sociodemográficas entre pacientes con o sin sintomatología ansioso-depresiva.

	HADS			
	N	No presenta sintomatología % (n)	Presenta sintomatología % (n)	p*
Edad mediana (p25, p75)	178	75,62 (23, 96)	81,72 (41, 91)	0,001
Sexo	178			
varón		45,5 (81)	6,2% (11)	0,153
femenino		38,8% (69)	9,6% (17)	
Estado civil	178			0,022
soltero/separado/religioso		12,9% (23)	0,6% (1)	
con pareja		47,2% (84)	6,7% (12)	
viudo		24,9% (43)	8,4% (15)	
Con quien vive	178			0,604
vive solo		18% (32)	1,7% (3)	
acompañado		59,6% (106)	12,4% (22)	
institución		3,9% (7)	1,1% (2)	
no se especifica		2,8% (5)	0,6% (1)	
p* chi cuadrado excepto en la variable edad se utiliza U Mann-Whitney				

DISCUSIÓN

El diseño, observacional descriptivo, se considera adecuado para la descripción y análisis de las características de los instrumentos utilizados siendo ventajoso por ser económico, rápido y relativamente fácil de desarrollar. Estudios precedentes, con una metodología similar, apoyan la utilidad y validez de este diseño para el propósito planteado¹⁹⁻³⁴. A su vez, los análisis realizados han seguido un procedimiento exhaustivo y riguroso donde todas las mediciones se han realizado según los criterios estadísticos oportunos.

Por otra parte, las limitaciones a un procedimiento de estas características tienen que ver con la posibilidad de que se produzcan sesgos de selección y/o información. En este aspecto, dichos sesgos se minimizan porque además de las labores de coordinación del trabajo de campo, que tuvieron un seguimiento diario, se reclutaron pacientes consecutivos. A su vez, la recogida de datos se realizó de forma directa de los pacientes y/o familiares, así como, de forma indirecta a través de las bases de datos hospitalarias como CMBD y Gacela.

En relación a la población estudiada, cabe mencionar de nuevo, que forma parte de otro estudio más amplio, de manera que la población aquí incluida proviene de otra cuyo tamaño muestral siguió criterios metodológicos para asegurar la consecución de los objetivos marcados. En el estudio se recoge un perfil de pacientes de edad superior a los 65 años, donde no hay diferencias en cuanto al porcentaje de varones y mujeres, y más de la mitad de la muestra se encuentra con pareja y vive acompañado. Aunque no se trata de una muestra necesariamente representativa, se compone de pacientes ingresados consecutivamente en un hospital que podría considerarse característico del Sistema Nacional de Salud de nuestro país donde más de un 40% de los pacientes que asisten son mayores de 65 años, y que cubre un área de salud también aceptablemente característico de nuestro entorno en cuanto a variables sociodemográficas, debido a que como se detalla en el Instituto Nacional de Estadística, en el 2014 la edad media es de 42,2 años donde el 18,2% de la población tiene más de 65 años, y el 49,1% son varones³⁵⁻³⁷.

Otra de las limitaciones que ha podido comprometer la calidad del estudio, resulta de la pérdida de pacientes desde el ingreso hasta los días anteriores al alta, siendo del 37%. Respecto a las razones de pérdida, un 14% se perdió porque se agravó su situación clínica y no podían responder por fallecimiento, o traslado de servicio o de hospital, por lo cual no se pudo recoger al alta información sobre ansiedad y depresión, y no representaría un sesgo de pérdida importante sino que respondería a una situación real de la práctica clínica; sin embargo se obtiene, también, un 18% de pacientes que no participaron por decisión personal o familiar y un 75% por causas no especificadas.

Respecto a los instrumentos utilizados, la hoja de valoración de 14 Necesidades de Virginia Henderson es un registro validado por el propio Sistema Aragonés de Salud para uso hospitalario, y el cuestionario HADS es un instrumento que se ha utilizado ampliamente en entornos clínicos y se ha documentado la validez del punto de corte utilizado^{27,28} para observar la sintomatología más relevante.

El modelo Virginia Henderson abarca un modelo científico para la detección de dependencia en las necesidades integrales. En nuestro caso la hoja de registro de valoración enfermera se trata de un formato semiestructurado con preguntas abiertas donde se observó una falta de cumplimentación en el 20,4% de los casos, existiendo los porcentajes más altos en las necesidades psicosociales y los subapartados existentes en los que se realizan preguntas abiertas. En la revisión de otros estudios³⁸⁻⁴⁴, se encuentra reflejado el mismo problema de la inadecuada cumplimentación y se plantean una serie de razones que podrían ser similares a las de nuestro estudio pero se requiere de un análisis para su confirmación; éstas serían: la falta de colaboración del paciente al realizar la valoración, ausencia familiar en el momento de recogida de datos, falta de tiempo donde el estudio de Martínez et al⁴⁵ estima una media de 71,25 minutos, la falta de formación en metodología enfermera y la falsa creencia del personal sobre la falta de utilidad práctica como se indica en el estudio Navarro et al⁴⁶ en 2001 donde el 50% de los enfermeros realizaban la valoración frecuentemente y un 40% tan solo a veces, argumentando que los registros de valoración no eran útiles ni eficaces.

Estos datos evidencian la necesidad de búsqueda de un sistema de valoración integral donde sería más eficiente un sistema semiestructurado con ítems cerrados en los que haya una valoración inicial y continuada que permita la recogida de datos a medida que se produzcan los cambios y realizar revisiones con el fin de detectar nuevos problemas.

Se han encontrado diversos estudios que evalúan la adherencia de las enfermeras/os en los que se busca un registro más efectivo ⁴⁷⁻⁵¹; algunos de ellos se centran en una mayor formación del personal de enfermería en la metodología enfermera y otros buscan alternativas como se observa en la guía asturiana ⁵¹ del proceso de valoración enfermera sobre la que no existe base estadística sobre los resultados obtenidos. Ésta utiliza un sistema de dominios en los que se establece una mejor definición de los aspectos psicosociales como son el dominio de la percepción y cognición para la identificación de riesgo de confusión, deterioro sensorial y conocimientos deficientes, el dominio de rol y relaciones para la identificación del riesgo social, el dominio de afrontamiento y tolerancia al estrés que permite identificar la ansiedad y temor del paciente, y el dominio de principios vitales que permite identificar los problemas en el conflicto de decisiones; dichos dominios de la taxonomía NANDA resultan más sencillos para llegar al diagnóstico enfermero que la estructura de necesidades básicas de V. Henderson o patrones funcionales de M. Gordon.

Otro de los modelos, sobre el que se aportan estudios ^{17, 18,34}, sobre los que sí existe una base científica para su defensa, es el modelo INTERMED que colabora en la identificación de pacientes complejos en el que se abordan cuatro áreas: biológica, psicológica, social y sanitaria o de cuidados. Este modelo consta de una entrevista con el paciente de aproximadamente 15 minutos a partir de la cual se obtiene una puntuación que permite una correcta identificación de los riesgos biopsicosociales del paciente.

El análisis de la aplicación de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson se concentra en la medición de la dependencia. En todas las necesidades básicas se observan pacientes dependientes, donde en 6 de las 14 necesidades más de un tercio de los pacientes son identificados como tales y en los subapartados de consumo de medicación y necesidad de información se supera el 90%; lo cual

resulta coherente debido a la edad elevada de la muestra. De hecho, las necesidades físicas con porcentajes más altos de dependencia fueron las relacionadas con la respiración, el movimiento y la higiene (necesidades 1,4 y 8). Por otra parte, la dependencia en las necesidades físicas se registró con mayor frecuencia que en las necesidades psicosociales; y entre éstas la necesidad sobre valores y creencias no llegó a registrar un 3% de dependencia. La edad presenta una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes dependientes e independientes a excepción de 2 de las 14 necesidades, obteniendo resultados similares a otros estudios^{17, 19, 20,52} donde se observa la asociación entre la edad avanzada con un mayor grado de complejidad de cuidados y dependencia. A su vez, el ser mujer y la viudedad se vieron asociados a una mayor dependencia en 2 de las 14 necesidades y se observó asociación entre la dependencia y vivir acompañado en 10 de las 14 necesidades, hecho último que puede ser debido a la necesidad de asistencia en el hogar para suplir esa falta de independencia para cocinar, desplazarse, vestirse, comunicarse, sentirse seguro, realizar actividades de ocio, etc.

En relación a la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión, la bibliografía⁵³⁻⁵⁷ refleja una alta comorbilidad psicológica en pacientes hospitalizados donde el enfermo puede sufrir ansiedad y/o depresión al percibir el medio hospitalario como amenazante, por estar alejado de sus familiares, o por el fracaso en el afrontamiento de su enfermedad. Este estudio documenta la frecuencia psicopatológica de los pacientes de medicina general, a partir del instrumento HADS, donde el 15,7% de los pacientes que fueron incluidos en la segunda fase del estudio, en los días cercanos al alta, presentaban síntomas de ansiedad y/o depresión, una puntuación muy elevada en el HADS y, en consecuencia, como se ha documentado en otros estudios^{17,18,23,28,34,53}, se consideró que necesitarían una intervención y/o tratamiento psicosocial. No obstante, este criterio de intervención necesita una defensa: con un punto de corte 11 en la HADS puede haber una proporción de casos falsos positivos, con el punto de corte 14/15 esa probabilidad es casi inexistente y la significación clínica aumenta, obteniendo con ese alto punto de corte un valor predictivo positivo de la HADS en el medio hospitalario del 100%²⁸; y el criterio de intervención psicosocial hace referencia a que en estos pacientes, y con estos

métodos, se ha documentado la coexistencia de problemas sociales clínicamente relevantes, además de la comorbilidad psicopatológica^{18,34,39}. Otro dato que apoya la comorbilidad psicológica que presentan los pacientes, podría ser el consumo de medicación para dormir donde se registró un porcentaje de pacientes consumidores del 43,6%.

En relación a la asociación entre la valoración de Virginia Henderson y la detección de ansiedad y depresión al alta medida con el HADS, solo se halló con 2 necesidades físicas de las 14. Lo cual puede indicar que el personal de enfermería detecta la influencia de estrés o trastornos ansioso-depresivos en la realización de la higiene y en el movimiento de los pacientes con dependencia en ambas necesidades. Por otro lado, en las necesidades psicosociales, hubo un mayor número de pacientes identificados como independientes que presentaron síntomas de ansiedad y depresión los días previos al alta, donde encontramos porcentajes alrededor del 13%. Estos datos nos hacen reflexionar sobre la dificultad en la valoración de estos ítems, apoyando la búsqueda de un sistema integral con los modelos comentados anteriormente, o la posibilidad de desarrollo de sintomatología en el transcurso de la estancia hospitalaria del paciente, por lo que se evidencia la necesidad de una evaluación de las intervenciones y resultados durante la misma, para identificar nuevos problemas. A su vez, sí que se observa asociación estadísticamente significativa entre la independencia en la necesidad de sueño y descanso con una sintomatología de ansiedad y depresión, hecho que puede estar justificado por el consumo de medicación para dormir, anteriormente citado.

También se encontró asociación entre presentar síntomas de ansiedad y depresión con la edad avanzada del paciente, y el estado de viudedad. Estos datos han sido encontrados en otros estudios donde se afirma la prevalencia de depresión en personas ancianas y viudas⁵⁸⁻⁶¹ como causa de un aumento de la soledad, la necesidad de una figura de apoyo o la dependencia. Por otro lado, los datos registrados en el análisis presentaron, sin asociación estadísticamente significativa, un mayor número de casos de mujeres con presentación de síntomas frente a los varones, hecho que también reflejan otros estudios sobre la prevalencia de sintomatología ansiosa en la mujer⁶²⁻⁶⁵.

CONCLUSIONES

Este es un trabajo de carácter exploratorio que nos hace reflexionar sobre la necesidad de una buena identificación del grado de autonomía del paciente, para establecer las intervenciones enfermeras pertinentes y minimizar o evitar las complicaciones asociadas y no asociadas a la patología de ingreso; como se observa con la presencia de un alto porcentaje de pacientes de edad avanzada, con altas tasas de dependencia, y la existencia de síntomas de ansiedad y depresión los días anteriores al alta.

A su vez, se evidencia la falta de cumplimentación del registro enfermero a estudio, al ingreso del paciente, que junto con lo anteriormente citado, conduce a la importancia de una mayor profundización e investigación en la implantación de un registro de valoración enfermera estandarizado con una base científica óptima que requiera de un apoyo de un mayor número de escalas que aporten ítems objetivos, cerrados y homogéneos en todas las valoraciones, sobre todo en las necesidades psicosociales que, según se ha mostrado, presentan en el personal enfermero una mayor dificultad de registro; así como la concienciación del colectivo enfermero sobre la importancia de una formación en la metodología enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jurado Campos J., Anglada Dilme M.T., Caner Ponsa M., Privat Marcé M.L., Fábrega Pairó T., Juvinyá Canal D. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo. *Enferm Clin.* 2008; 18: 253-261.
2. Marriner, A. Modelos y teorías en enfermería. 5 ed. Elsevier. España. 2003; 98-111.
3. De Jonge P., Zomerdijk M.M., Huyse F.J., Fink P., Herzog T., Lobo A., et al. Mental disturbances and perceived complexity of nursing care in medical inpatients: results from a European study. *J Adv Nurs.* 2001; 36(3): 355-363.
4. Iyer, P., Tapchich B., Bernocchi, D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3 ed. McGraw-Hill Interamericana. Mexico. 1995; 11.
5. López Parra M., Santos Ruiz S., Varez Peláez S., Abril Sabater D., Rocabert Luque M., Mañé Buxó N. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería clínica.* 2006; 16(4): 218-221.
6. Luis M.T., Fernández C., Navarro M.V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, 2000.
7. Irigibel-Uriz, X. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson. Acercamiento epistemológico al libro de Luis Fernández y Navarro. *Index Enferm.* 2007; 16: 57.
8. Henderson, V. The nursing process- is the title right? *Journal of Advanced Nursing.* 1982; 7: 103-109.
9. Montesinos Jiménez G., Ortega Vargas M.C., Leija Hernández C., Quintero Barrios M.M., Cruz Ayala G., Suárez Vázquez M. Validación de un instrumento de

valoración de enfermería cardiovascular con el enfoque de Virginia Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011; 19 (1): 13-20.

10. Campo M.A., Oriach M.R., Viladot A., Espinalt A. Servicio de cuidados enfermeros según el modelo conceptual de Virginia Henderson. Implantación, resultados y costes. *Metas Enferm*. 2003; 2(13): 8-14.

11. Martínez C., Cañadas A., Rodríguez E. Dificultades en la valoración enfermera. *Enfermería Clínica* 2003; 13(4): 195-201.

12. Blanco Rodríguez J.M., Rodríguez Jiménez A., De Luis Lozano A., Rodríguez Pita D., Gómez Auñón J., Fernández Martínez A., et al. Control de la calidad del registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enfermería Científica*. 1997; 184-185.

13. Reyes Luna J., Jara Concha P., Merino Escobar JM. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Cienc. Enferm*. 2007; 13(1): 45-57.

14. Celma M., Pineda A. Continuidad en los cuidados perquirúrgicos mediante un registro común. *Proceso de elaboración del registro*. *Metas Enferm*. 2001; 4: 42-48.

15. Boström I., Hall-Lord M.L., Larsson G. Nursing theory based changes of work organisation in an ICU: effects on quality of care. *Intensive Crit Care Nurs*. 1992; 8(1): 10-16.

16. McCrae N. Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 68(1): 222-229.

17. Lobo E, Soto-Terceo N. Hacia un cuidado integral. Valoración de enfermería, con el método INTERMED, de una paciente "compleja". *Enferm Clin*. 2010; 20(5): 309-312.

18. Lobo E, De jone P, Huyes FJ, Raba naque MJ, Suarez J, Lobo A. Predicción temprana de necesidades de intervención psicosocial especializada en pacientes con enfermedades pulmonares a partir de evaluaciones por enfermeras. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131(19): 731-736.
19. Gutiérrez J, Domínguez V, Solano JJ. Deterioro funcional secundario a la hospitalización por enfermedad aguda en el anciano. Análisis de la incidencia y factores de riesgo asociados. *Rev Clin Esp* 1999; 199: 418-423
20. Vallejo Sánchez JM, Rodríguez Palma M, Valverde Sánchez MM. Valoración enfermera geriátrica. Un modelo de registro en residencias de ancianos. *Gerokomos*. 2007; 18(2).
21. Formiga F, López A, Sacanella E, Jacob X, Masanés F, Vidal M. Valoración de la capacidad funcional después de un ingreso hospitalario en pacientes nonagenarios. *Med Clin* 2000; 115: 695-696.
22. Ruiz T, Muñoz FJ. La calidad asistencial: una necesidad para prevenir la pérdida de autonomía en pacientes geriátricos. *Gerokomos* 1996; VII (16): 23-28.
23. Lobo E., Ventura T., Navio M., Santabárbara J., Kathol R., Samaniego E., Marco C., Lobo A. Identification of components of health complexity on internal medicine units by means of the INTERMED method. *Int J Clin Pract*. 2005; 69(11): 1377-1386.
24. Marriner T.A. Modelo y teorías de Enfermería. College of Nursing 2003.
25. Bellido-Vallejo J.C., Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 2010.
26. Amorós Cerdá S.M., Frau Morro J., Miró Bonet M., Fortea Cabo E. Valoración al ingreso del paciente crítico. Un indicador de calidad asistencial. *Enfermería intensiva*. 2000; 11: 51-58.
27. De las Cuevas Castresana C., García Estrada A. "Hospital Anxiety and Depression scale" y psicopatología afectiva. *Anales de psiquitría*. 1995;11 (4).
28. Tomas L. Validación de la escala "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) en pacientes hospitalizados en Medicina interna. Zaragoza. Universidad de Zaragoza. 2005.

29. Quintana J.M., Padierna A., Esteban C., Arastegui I., Bilbao A. I.R. Evaluation of the psydometric characteristics of spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Act Psychiat Scand.* 2003; 107(3): 216-221.
30. Caro I. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. *Bol Psicol.* 1992; 36: 43-69.
31. Tejero A., Guimerá E.M., Farré J.M. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatr Fac Med Barna.* 1986; 13: 233-238.
32. Hermann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res.* 1997; 42: 17-42.
33. Terol Cantero M.C., Cabrera Perona V., Martín Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de psicología. Murcia (España).* 2015; 31(2): 494-503.
34. De Jonge P., HuyHuyse F.J., Stiefel F.C., Slaets J.P., Gans R.O. INTERMED a clinical instrument for biosychosocial assessment. *Psychosomatics.* 2001; 42(2): 106-109.
35. Evolución de la estancia media en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud, años 2001-2012. *Información y estadísticas sanitarias 2014.* Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. España.
36. Instituto Nacional de Estadística. 2014.
37. Hospital Clínico universitario Lozano Blesa. *Memoria Anual 2003.*

38. Puig Llobet M., Lluch Canut M.T., Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. Gerokomos. 2009; 20 (1): 9-14.
39. Fernández Molina M.A., Gómez Robles J., Gabaldón Bravo E., Domingo Pozo M., Torres Figueiras M., Terrésruiz C. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. Enferm Clin. 2003; 13(3): 137-145.
40. Amezcua M. La calidad en la documentación clínica de enfermería: del papeleo a los registros para el cuidado. Index de Enfermería. 1995; 11: 15-20.
41. Herrero García T., Cabrero Cabrero A.I. Control de calidad en los registros de enfermería. Enfermería Intensiva. 1998; 9 (1): 10-15.
42. Polo Tolosana M., García Pardos A., Mairal Salinas E.L., Oliván Esco M.P., Les Macho A., Vinales Palomar C., et al. Registros: Revisión de la documentación clínica de enfermería de un hospital general en el año 1994. Enfermería Clínica; 7 (3): 72-79.
43. Siles J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enfermería clínica 1997; 7 (4).
44. Perpiñá-Galvan J. Análisis de los registros de enfermería en el Hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. Enferm Clin. 2005; 15(2): 95-102.
45. Martínez Martínez C., Cañadas bustos A., Rodríguez Paredes E., Tornel García S. Dificultades en la valoración enfermera. Enferm. Clínica. 2003; 13: 195-201.
39. Mena Navarro F.J., Macías A.C., Romero M., Valderrama A., Fera D. ¿Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? Revista Rol de Enfermería. 2001; 24(2): 137-139.

46. Campo M.J. Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. Opiniones y Actitudes nº31. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. 2000.
47. Casado D., López G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas del futuro. Colección de Estudios Sociales nº 6. Barcelona. "La Caixa". 2001.
48. Gómez J. El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de la salud. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de salud pública. Consejería de Sanidad. Madrid: Nueva imprenta. 2003.
49. Cobos Serrano J.L. Impacto, de la implementación de una metodología normalizada y un sistema de registro de información de cuidados de enfermería, en la calidad asistencial. Universidad Complutense de Madrid. Reduca. Serie trabajos Fin de Master. 2009; 1: 895-912.
50. Proceso de cuidados: valoración enfermera. Registros de valoración enfermera. Conserjería de salud y servicios sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. 2009.
51. Puig Llobet M., Lluch Canut M.T., Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. Gerokomos. 2009; 20 (1): 9-14.
52. Álvarez Solar M., Alaiz Rojo A., Brun Gurpeguit. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Atención Primaria. 1992; 10: 12-18.
53. De Jonge P., Bauer I., Huyse F.J., Latour C.H. Medical inpatients at risk of extended hospital stay and poor discharge health status: detection with COMPRI and INTERMED. Psychosom Med. 2003;65: 534-41.

54. Moreno Núñez E., et al. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2004; 7 (4): 225-233.
55. Arisa A., Jiménez M. Detección de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados. *Col. Psiquiatría.* 1998; 27 (3): 220-223.
56. Hernández G., Orellana G., Kimelman M., Nuñez C., Ibáñez C. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev Méd Chile.* 2005; 133: 895-902.
57. Fullerton C., Acuna J., Florenzano R., Cruz C., Weil K. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2003; 43: 103-109.
58. Gamo Medina E., Del Álamo C., Hernangómez L. Seguimiento de pacientes que consultan por duelo. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 2003;31(5).
59. Gamo Medina E., Pazos Pezzi P. El duelo y las etapas de la vida. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2009; 29(2).
60. Montorio Cerrato I., Nuevo Benítez R., Losada Baltar A., Márquez González M. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depression en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Maphre Medicina.* 2001; 12(1).
61. Bowlby J. La pérdida afectiva, tristeza y depresión. 1993.
62. Bernaldo-deQuirós M., Estupiñá F.J., Labrador F.J., Fernández-Arias I., Gómez L., Blanco C., Alonso P. Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad. *Psicothema.* 2012; 24(3): 396-401 .
63. Arenas M.C., Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de psicología.* 2009; 3(1).
64. Altemus, M. Neurobiología, sexo y género. Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico. 2009; 47-62.
65. Altemus M., Epstein L. Sex differences in anxiety disorders. En J.B. Becker, K.J. Berkley, N. Geary, E. Hampson, J.P. Herman y E.A. Young. Sex differences in the brain. 2008; 397-404.

ANEXOS

Anexo 1. Hoja de valoración de enfermería según el modelo de 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, utilizado en el Servicio Aragonés de salud.



salud
servicio aragonés de salud

HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSITARIO
LOZANO BLESÁ

Avda. San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza

Apellidos			
Nombre	Nº S.S.		
F. Nac.	Nº Historia		
Sexo	Servicio	Edad	Habitación

VALORACIÓN
DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DATOS GENERALES

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

ALERGIAS / INTOLERANCIAS: SI ☐ NO ☐

PROCEDENCIA: URGENCIAS ☐ UCI ☐ CONSULTAS ☐ QUIRÓFANO ☐

CAUSA REFERIDA POR EL PACIENTE/CUIDADOR AL INGRESO:

ANTECEDENTES CLÍNICOS:

NECESIDAD DE AISLAMIENTO: SI ☐ NO ☐ TIPO:

PORTADOR DE SUEROS

SI <input type="checkbox"/>	VÍA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/>	LOCALIZACIÓN:	CALIBRE:
NO <input type="checkbox"/>	VÍA CENTRAL <input type="checkbox"/>	LOCALIZACIÓN:	CALIBRE:

PORTADOR DE SONTA VESICAL: TIPO: Nº: DRENAJES: TIPO: Nº: SNG

SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

NECESIDADES BÁSICAS

1. RESPIRACIÓN ☐

¿TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR?: SI ☐ NO ☐ TOS: SI ☐ NO ☐

EXPECTORACIÓN: SI ☐ NO ☐ FUMADOR: SI ☐ NO ☐

2. ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN ☐

PESO: TALLA: IMC:

INGESTA DE LÍQUIDOS / DÍA:

SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI ☐ NO ☐ FALTA DE PIEZAS DENTALES: SI ☐ NO ☐

PRÓTESIS DENTAL: SI ☐ NO ☐ ALCOHOL: SI ☐ NO ☐

DIETA HABITUAL: NORMAL ☐ ESPECIAL ☐ TRITURADA ☐

3. ELIMINACIÓN ☐

SUDORACIÓN EXCESIVA: SI ☐ NO ☐ VÓMITOS: SI ☐ NO ☐

ELIMINACIÓN URINARIA: NORMAL ☐ INCONTINENCIA ☐ RETENCIÓN ☐

ELIMINACIÓN INTESTINAL: NORMAL ☐ DIARREA ☐ ESTREÑIMIENTO ☐

4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA ☐

DIFICULTAD DE MOVIMIENTO ANTES DEL INGRESO: SI ☐ NO ☐

RECURSOS QUE UTILIZA: BASTÓN ☐ ANDADOR ☐ OTROS ☐

5. SUEÑO Y DESCANSO ☐

HORAS QUE DUERME HABITUALMENTE: NECESITA AYUDA PARA DORMIR: SI ☐ NO ☐

6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE ☐

ASPECTO FÍSICO: LIMPIO ☐ DESCUIDADO ☐

40

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL ☐
 NORMOTERMIA: SI ☐ NO ☐

8. HIGIENE Y ESTADO DE LA PIEL ☐
 PIEL LIMPIA: SI ☐ NO ☐ HIGIENE BUCAL CORRECTA: SI ☐ NO ☐
 LESIONES POR PRESIÓN: SI ☐ NO ☐ UÑAS DE MANOS Y PIES CORRECTAS: SI ☐ NO ☐
 ESTADO DE LA PIEL: NORMAL ☐ SECA ☐ ENROJECIDA ☐ LESIONADA ☐
 ESTADO DE LA BOCA: NORMAL ☐ SECA ☐ ENROJECIDA ☐ LESIONADA ☐
 AYUDA PARA LA HIGIENE: SI ☐ TOTAL ☐ PARCIAL ☐ NO ☐

	ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	
ESCALA NORTON MODIFICADA	BUENO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	NORMOTERMIA	ALERTA	DEAMBULA	INDEPENDIENTE	CONTROL DE ESPINTERES	<input type="checkbox"/> +14 Riesgo mínimo / No riesgo
	NUTRICIÓN ADECUADA	ORIENTADO		TOTAL		
	MEDIANO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12 - 14 Riesgo evidente
	FEBRICULA	DESORIENTADO	DEAMBULA CON AYUDA DE UNA PERSONA	DISMINUIDA	NO CONTROL ESPORADICO (C/48)	
	INGESTAS INCORRECTAS	APÁTICO				<input type="checkbox"/> 5 - 11 Alto riesgo
	POBRE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PIEBRE	ALETARGADO	SENTADO	MUY LIMITADA	URINARIA O FECAL PERMANENTE	
	RECHAZO DE INGESTAS	AGRESIVO IRRITABLE				
	MUY MALO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	OBESIDAD Y CAQUEXIA	COMATOSO	ENCAMADO	DEPENDENCIA TOTAL	URINARIA Y FECAL PERMANENTE	
	DESHIDRATACIÓN T° >38,5 <35					

9. SEGURIDAD ☐
 ESTADO DE CONCIENCIA: CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ SOMNOLIENTO ☐
 DOLOR: SI ☐ NO ☐ DESORIENTADO ☐ INCONSCIENTE ☐
 ESCALA DEL DOLOR (EVA): 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐
 SIGNOS DE: TRANQUILIDAD ☐ AGRESIVIDAD ☐ TEMOR ☐ NERVIOSISMO ☐ ANSIEDAD ☐ EUFORIA ☐
 MEDICACIÓN HABITUAL: SI ☐ NO ☐ OTRAS ENFERMEDADES: SI ☐ NO ☐
 HÁBITOS TÓXICOS: SI ☐ NO ☐

10. COMUNICACIÓN ☐
 DÉFICIT SENSORIAL: SI ☐ NO ☐
 ¿CON QUIÉN VIVE?: SOLO ☐ FAMILIA ☐ OTROS ☐
 ¿TENDRÁ PROBLEMAS AL ALTA HOSPITALARIA?: SI ☐ NO ☐

11. CREENCIAS Y VALORES ☐
 NECESITA DAR ALGUNA INFORMACIÓN SOBRE SUS CREENCIAS QUE PUEDA AFECTAR A SU ESTANCIA HOSPITALARIA: SI ☐ NO ☐

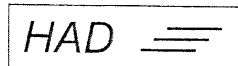
12. REALIZACIÓN PERSONAL / AUTOESTIMA ☐
 TRABAJO: ACTIVO ☐ JUBILADO ☐ INCAPACITADO ☐ OTROS ☐

13. ACTIVIDADES RECREATIVAS / OCIO ☐
 EJERCICIO FÍSICO: HABITUAL ☐ ESCASO ☐ SEDENTARIO ☐

14. APRENDIZAJE ☐
 NECESITA INFORMACIÓN DE SU ENFERMEDAD Y DEL INGRESO HOSPITALARIO: SI ☐ NO ☐

Fecha: _____ Enfermera: _____ Firma: _____

Anexo 2. Cuestionario HADS (versión española).



1/2

Identificación Fecha

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.

1. Me siento tenso o "nervioso"
 - ☐ Todos los días
 - ☐ Muchas veces
 - ☐ A veces
 - ☐ Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
 - ☐ Como siempre
 - ☐ No lo bastante
 - ☐ Sólo un poco
 - ☐ Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
 - ☐ Definitivamente, y es muy fuerte
 - ☐ Sí, pero no es muy fuerte
 - ☐ Un poco, pero no me preocupa
 - ☐ Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
 - ☐ Al igual que siempre lo hice
 - ☐ No tanto ahora
 - ☐ Casi nunca
 - ☐ Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones
 - ☐ La mayoría de las veces
 - ☐ Con bastante frecuencia
 - ☐ A veces, aunque no muy a menudo
 - ☐ Sólo en ocasiones
6. Me siento alegre
 - ☐ Nunca
 - ☐ No muy a menudo
 - ☐ A veces
 - ☐ Casi siempre

23



HAD

2/2

Identificación Fecha

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

- ☐ Siempre
- ☐ Por lo general
- ☐ No muy a menudo
- ☐ Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

- ☐ Por lo general, en todo momento
- ☐ Muy a menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago

- ☐ Nunca
- ☐ En ciertas ocasiones
- ☐ Con bastante frecuencia
- ☐ Muy a menudo

10. He perdido interés por mi aspecto personal

- ☐ Totalmente
- ☐ No me preocupo tanto como debiera
- ☐ Podría tener un poco más de cuidado
- ☐ Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- ☐ Mucho
- ☐ Bastante
- ☐ No mucho
- ☐ Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro

- ☐ Igual que siempre
- ☐ Menos de lo que acostumbraba
- ☐ Mucho menos de lo que acostumbraba
- ☐ Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Bastante a menudo
- ☐ No muy a menudo
- ☐ Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ No muy a menudo
- ☐ Rara vez

TOTAL ANSIEDAD:

TOTAL DEPRESIÓN:

24

